

「語り」が意味するもの

—— ナラティブ・セラピーへの道 ——

中 川 晶

1. ナラティブ・セラピーとは

ナラティブとは narrative のことです。心理療法の新しい芽だとも言われています。「芽」にしては最近やけにナラティヴ関係の出版物が目立ちます。ひょっとしたら筆者の目の方が偏っているだけかもしれませんが…妊婦さんは街で妊婦をよく見かけるといいますから。それでも臨床心理学会でもナラティブの研究会を開催したら人が多く集まってきたと聞きますから、まんざら筆者の偏見だけでもないようです。

ナラティブは「物語」「語り」と訳されています。ナラティブはナラティブ・セラピーという心理療法の一派を構成しつつあります。最近M・ホワイトが中心人物のようです（この人はなかなかの語り部です）。前置きが長くなってしまいましたが、要するにナラティブ・セラピーは患者さんの語る話を治療者が関心を持って物語りとして聞くという態度が中心です。どうも我々医者という輩はすぐに診断して治療に移ろうとします。もちろん急性疾患や外傷の場合、原因を特定する診断という行為を抜きにしては治療は出来ません。しかし慢性疾患や心理が絡んだ病気については現代医学の伝統的なこの手法があまり効果的ではなさそうです。その証拠は「慢性疾患」という言葉そのものに現れています。治すことが出来るのならば慢性の疾患であるはずはありません。つまり慢性疾患という言葉自身が現代医学的な方法論の敗北宣言になるのではないのでしょうか？

正常・異常という区分は精神医学でよく用いられます。元々医学は異常すなわち病氣を見い出して治療しようという発想が根本にあります。ところがこと心理現象に関しては正常・異常の区別は思ったほど簡単ではありません。例えば「不安」という心理現象は精神医学では不安神経症（現在ではパニック障害や全般性不安障害）のように異常すなわち病氣として扱われます。しかし、よく考えてみると不安というのは体

重・体温・身長のように連続量をとる現象とも考えられます。種類の違うものとして取り扱うやり方を範疇的 (categorical) といいます。連続量として取り扱うやり方は次元 (dimensional) といいます。従って医学は範疇的ですが、心理学は伝統的に次元 (dimensional) なやり方に馴染んできたようです。ところがナラティブ・セラピーの理論的背景のひとつ社会構成主義 (social constructionism) では正常・異常の範疇的区別どころか次元 (dimensional) の区別さえもなくなります。「客観的現実」というのは厳密に言えば存在せず「現実というのは人々の間で構成される」という考え方をします。つまり患者が治療者に自分の物語を語り、対話を通してはじめて患者の「現実」が構成されると考えます。この「現実」は科学的ではないかもしれませんが治療的であればよいという過激といえば過激な考え方です。ナラティブ・セラピーのなかで治療者は専門家のスタンスを捨て「無知のアプローチ」つまり物語のよき聞き手となります。ときには物語を治療的に導きますが強引な方法は効果がありません。従来の伝統的な精神医学、臨床心理学の考えとは異なることもあります。他の伝統的な治療法が奏功しないとき、あるいは奏功しないケースの場合ナラティブ・セラピーは非常に効果のある心理療法になる可能性があると思います。

ナラティブ (Narrative) という言葉は現在心理療法家たちの間では一種の流行語になっている感があります。ナラティブ・セラピーという言葉が出てきたのは1990年頃からで方向性としては家族療法の延長線に出てきた派と考えられそうですが、家族療法の緻密なシステム論的な方法の行き過ぎに対する反省から生まれてきたものとも考えられます。実際ナラティブ・セラピーの提唱者たちは反家族療法の立場を明かにしている人も多いのです。ナラティブ・セラピーの特徴は治療者が優位な専門家の立場を捨ててひたすら聞き手に回ることから始まります。語り手と聞き手があつてはじめて「語り」 (Narrative) は成り立ちます。どちらが欠けても「語り」にはなり得ません。語りは自分の体験を相手に向かって物語ることです。これまでの医療や心理療法の世界では専門家は全てを知っていて、よりよい方向に患者やクライアントを引っ張っていくという役割を担っているという暗黙の了解がありました。しかしナラティブ・セラピーでは専門家が必ずしも正しいとは言えないという立場をとります。アンダーソン (H. Anderson 1992) らはセラピストは治療的会話の参与観察者であり参与促進者であると述べています。文化人類学者は未知の文化に自身を置き、その文化に参与しながら聞き手となります。ナラティブ・セラピーの理論的背景には文化人類学 (とくに A・クラインマンらの医療人類学) 的な思考法があるようです。

近年、医学分野で EBM (Evidence based medicine) すなわち根拠に基づいた医学

が正しいと主張されるようになってきています。疾患の病態を理解し、治療法を理論的に支える妥当で確実な根拠を求めるのが正しいとされます。しかし病者の体験は疾患といつもパラレルではありません。病者が病むのは疾患本体ではなく主観的な「病い」です。とすれば、病者の主観的世界を知る新しい方法を模索することが必要ではないでしょうか？ このような発想から最近医学の分野でも EBM ではなく NBM つまりナラティブ・ベイスト・メディスンという本（ナラティブ・ベイスト・メディスン：トリシャ・グリーンハル他 金剛出版 2001）も出てきました。つまりは病者の主観の世界を理解するためナラティブ・セラピーの考え方をういようという方向性が医学のなかにも芽生えはじめています。最初に述べる症例は筆者のナラティブ・セラピー的な治療です。そして以下、筆者の個人的経験からナラティブ・セラピーが自分のなかでどのような変遷を辿ったのか振り返ってみたいと思います。その意味ではこの論文はこれまであちこちで書いてきたものをナラティブという軸で集めたアンソロジーとも言えます。

2. ナラティブ・セラピー — 拒食症の一症例 —

筆者の診療所にも摂食障害の患者さんは多く来ます。どの先生に聞いても「この病気は治しにくい」とおっしゃる。筆者もやはりそう思います。さまざまな工夫を試みるが、なかなか手ごわい。一番大切なのは、その人その人にあったやり方をいっしょに見つけていくことではないかと最近思うようになりました。

Mさんは27歳の女性で摂食障害歴がもう10年になります。ありとあらゆる有名な治療を転々としてきました。内科から始まって、精神科、カウンセリング、漢方治療、行動療法で有名な病院や心療内科の大学病院にも入院しました。それでも治らず、絶食療法や民間療法も試しましたが治りませんでした。最近では有名な家族療法家のところへ2年間熱心に家族とともに通いましたが、ドロップアウトしてしまいました。彼女の病気はアノレキシア・ネルボーザ（神経性食欲不振症）の無茶食い／排出型ということになります。つまり、痩せ願望は強いのに過食の渴望が湧いてきて自制心で抑えることが出来ないのです。それで冷蔵庫や戸棚のありとあらゆる食べ物を漁ります。もうお腹がはち切れそうになっているのに食べることがやめられません。

その食べ方は尋常ではありません。以前、自分で食パンを山ほど買ってきて食べ始めましたが、なんと一度に20斤食べたそうです。彼女が食べ終わると台所は嵐の後のような有り様です。母親は彼女の過食発作が起こったらもう止められないと言います。

思い詰めたような表情で一心不乱に食べる有り様は鬼気迫るものがあるそうです。Mさん自身苦しいのですが、過食発作がいったん起こると、もうどうにでもなれと自棄っぱちな気持ちになっていきます。そして、食べた後はすぐ喉に指を突っ込んで吐きます。ずいぶん吐くのですが食べたもの全て吐いたという自信がないので、大量の下剤を飲みます。彼女は身長が167センチ体重が40キロです。最近のファッションモデルさんは細いと聞きますが、彼女はとてもきれいな顔立ちでもう少し太ればモデルさんとしても十分通用しそうな女性です。残念ながら今は美しいとは言えません。眼ばかりギョロギョロして頬がたいそうこけて医者である筆者からみると頭蓋骨の形まではっきり分かります。

彼女は大変才能豊かな人で、絵や詩が上手で素人離れしています。料理の腕も相当なもので、特にケーキを焼かせるとかなりのものです。彼女のお母さんは喫茶店を営んでいます。時々調子の良いとき作ったMさんお手製のケーキを出すのだそうですが、お客が舌を巻くほどです。実は一度Mさんが『苺のタルト』を僕に持ってきてくれたことがありました。筆者の診療所は女性の患者さんが多くてたまに自作のケーキなどを持ってくるのですが、ここだけの話ですがおいしいと思ったことがないのです。

Mさんの問題は不安感と憂うつ感でした。勿論、過食と嘔吐を繰り返すのは苦しいのですが、それ以上に普段の不安感と憂うつのため、やりたいことが山ほどあるのに出来ないことが問題でした。一日のうちに気分が晴れるのはほんの数時間、それも無い日もあるのです。この短い時間にMさん多くの事を詰め込みます。ケーキを焼いたり、絵を描いたり、詩を書いたり。大急ぎで。でないと、すぐに例の不安、憂うつが自分を覆ってしまいます。ときにはひどく落ち込みます。こんなときは起き上がることも出来ません。自分はなぜこんなものだろうと母の育て方を恨んだこともありました。父がしっかりしてないせいだと父を責めたこともありました。この病気には専門家が様々な事を言ってます。ひとつの解決法はありません。

僕のまえに現れたときのMさんは疲れきっていました。「私はもう10年もいろんな先生に治療を受けましたが治りませんでした。だから、悪いけど先生にももうあまり期待出来ないんです。…ごめんなさい。もう疲れました。」Mさんは肩を落として言いました。

アノレキシア・ネルボーザは薬物療法でも心理療法でも決定的な治療法はありません（薬物療法ではSSRIが効果的だとか心理療法では認知行動療法が有効だという意見もありますが反論もあります）。原因についても生物学的脆弱性、心理学的脆弱性、

社会的影響など様々なモデルが入り乱れていて決定的なものはありません。そして治り難い病気だという点では一致しています。

さてMさんですが、筆者は彼女と話していてもう10年間も治らないということは「視点を変えるとその10年間、手強い病気をひとりで背負って頑張ってきたということになる」という物語として聴きました。「どうやって、そんなに手強い病気と闘ってきたのか」彼女に尋ねてみました。彼女はキョトンとしていました。

「どうやってって？ ん？ そんな…闘ってなんかきてないもん…」

「じゃあ、どうやってきたの？」

と筆者は追い討ちをかけました。すると彼女は

「そうねえ、わたしはただこの10年ただ流されてきただけだと思うの」

「ふーん。じゃ川の流れのようなものに流されてきたという感じかな」

「うん、そんな感じかな…」

「そうか、10年の流れは長いなあ。ところで川って山から湧き出て低いほうに流れるんだよね。で最後には海に辿りつくんだよねえ。海が到着点つまり病気が治るということになるのかなあ」

「……」

Mさんは黙ってましたがころなしか微笑んだように見えました。

病気を流れと言い出したのは彼女の方だったのですが川の流れから海にたどりつく物語は筆者の方で促進しました。第1回目の治療はそれで終わりだったのですが、それから2週ごとにきちんとMさんは筆者のクリニックへやってきました。そのたびに川の流れ物語を二人でこしらえていきました。

高い山から出発した川は途中滝になったり奔流になったり、ときには穏やかな流れになったり、また急に早い流れになったりしながらついには海へとたどりつきます。海はゴールつまり治るということです。Mさんの病気も川の流れのようなもので、速いところもあれば乱流になっているところもあります。これはMさんの努力とは関係ないのです。ただ一つだけ確かなのは川は海に向かって流れているということです。辛い思いをしたら、その度にまたひとつ海に近づいたということになります。

苦しい経験をしたらその度にひとつゴールに近づいたと思うようにしようと話し合いました。落ち込みが襲ってきても無理に抗わないことにしました。落ち込みはいずれ過ぎ去っていくからです。そして落ち込みはあと何回くるか分からないけれど落ち込みがくる度にゴールに一步近づくことだけは確かです。そう「冬来たりなば、春遠からじ」なのです。治療が始まって半年が過ぎようとしています。

まだ過食も嘔吐も治まりません。しかし、確実に不安感と憂うつは減ってきています。そして笑顔がとても良くなってきました。

3. 家族の死とナラティブ — 個人的経験 —

1997年9月30日午後12時30分、筆者の父は息を引き取りました。その時筆者は枕元にいることが出来ませんでした。診療の最中に母から電話がかかってきました。

「もう、呼吸が止まりそう。主治医にも連絡したから、あんたも出来るだけ早く来て」

父は自宅で死ぬことを選び、家族に看取られることを選びました。筆者は父に付き添うため当時、実家に寝泊まりしていましたが疲労がたまっていました。父の呼吸がいつ止まるのではないかと耳を澄ましハラハラしながら夜を過ごすのは神経が疲れます。疲労困ぱいになると自分の家に帰り眠ったものです。

筆者のみたてではその夜は大丈夫と判断し自宅に戻り、翌朝早くに電話すると、あまり変わりはないと弟が言うのでいつも通り診療所に向かいました。午前12時頃上に述べた電話が鳴りました。一瞬、頭の中が真っ白になったのを覚えています。診察中だったので筆者の目の前には患者さんが居ました。そのとき何をどう患者さんに話したかほとんど記憶がありません。とりあえず、急いで緊急事態に備えて診療所に来てもらうことにしていた代診の友人に電話しました。しかし、来てくれるまでには時間がかかります。筆者は診療を止めることが出来ませんでした。12時30分にもう一度電話が鳴りました。母でした。

「いま息が止まったよ。安らかに逝ったよ。」

筆者は「ウンウン、分かった。すぐ行くから」と言ったきり後は何も言葉が出ませんでした。親の死にめに飛んでいけなかったことは開業して一番辛かったことの一つです。このことがあとあと筆者のこころの傷として尾を引くことになりました。

開業などしなければよかったという後悔はずっと残りました。勤務医ならば他の医師に交代してもらってすぐに飛んで行けたのという思いが長い間くすぶっていました。一般に親の死について自分に責任があると子供は考える傾向があることは心理学の常識だから筆者も知っていました。しかし、ここでは知識はあまり役に立ちませんでした。「筆者が様々な心配をかけたのでそれがストレスになって癌になったのでは」という不合理な罪責感が頭から離れませんでした。そして今でも不合理とは分かっていますが、そのような思いが自分のなかに巣くっています。

それと6年前に父は健康診断で1センチを越える大腸ポリープを発見されていました。この時、周囲はこぞってポリープを取ることを勧めましたが、父には変な信念があって自分のポリープは癌にはならないと言い張ったのです。癌になればそれはそれで仕方ないことだと言っていました。筆者は切除を勧めたのですけれど父と喧嘩してまで勧めることは出来ませんでした。父は筆者にとって先輩の医者だったことも遠慮の原因でしたが、このことが筆者に強い罪責感を残しました。不合理な罪責感だとは分かっていたのですが、どうしようもありませんでした。

筆者は心療内科医として、多くの「家族の死」を経験した人々の治療にあたってきました。そして、ますます分からなくなってきました。つまり「家族の死を受容」することがどういうことなのか？どのように指導すればいいのか？

それでも毎日患者さんは救いを求めて筆者のもとに来られます。そして様々の経験話を話していかれます。筆者は自分自身迷い人なので適当なアドバイスも出来ず、ただただ頷くことしか出来ませんでした。ストレスの原因が他のことであれば治療は比較的スムーズに進むのですが、家族の死というストレスを抱えた患者さんに対しては、特にそれが家族の死が自分に責任があるという苦悩に対してはこちらがオロオロするばかりでした。

ところが不思議な現象が起こったのです。どうも、こちらが自信を持って治療に臨んだ患者さんより、オロオロしながら治療を進めた患者さんのほうが良くなっていかれるような印象があるのです。「良くなる」とは曖昧な表現ですが要するに、「笑顔が出てくる」ことや「生活が規則正しくなる」こと、そして患者さんのほうから「先生、もう大丈夫です。ありがとうございました」と筆者のもとを去っていかれることを指します。治療家になったころは逆でした。こちらが問題点を分析し、治療戦略を立て、強力に指導していくことで治療効果というか手ごたえが感じられたものでした。何故こんな逆転現象がおこったのか訳が分かりませんでしたが、最近なんとなく整理出来てきたような気がします。そのきっかけとなった患者さんのことを次に述べます。

4. 「家族の死」ナラティブ・セラピー — 症例A —

Aさん。30歳女性。28歳のとき夫を肺癌で亡くされました。結婚は彼女が25歳、彼が28歳だったといいますから結婚生活は3年間ということになります。非常に相性が良かったらしく、二人の結びつきは結婚後ますます強固なものとなっていくようです。共稼ぎで二人とも会社勤めでしたが、仕事が終わるや一目散で帰宅し二人だけの

時間を大事にしました。しかし、逆に周囲の友人や親との関係はどんどん希薄になっていったようです。結婚して2年半ほど経過したころに夫がひどい咳をするようになり近所の内科にかかっているが、風邪だと言われました。しかし咳は一向に改善せず、高熱が出るようになり、市民病院を受診したら肺炎と言われて入院しました。要するに近所の内科医が肺炎を見逃していたことになります。

そして市民病院で検査の結果、肺炎の原因が肺癌だと分かりました。更にこの肺癌はかなり広がっていて半年持たないことが分かりました。もちろん、癌だという説明は主治医からAさんに行われました。主治医が「本人への告知はどうしましょう？」と言うと、Aさんは迷ったあげく、夫に肺癌であること後半年持たないことを自分の口で夫に話すことを決心しました。二人の結びつきが強かったので、医師でさえ二人の間に入って欲しくなかったとAさんは後になって述懐していました。何でも二人で決めてきた夫婦だったので本人に言わないという方針は考えられなかったとAさんは言います。肺癌であと半年持たないらしいとAさんが話したとき夫はじっと聞いていました。そして「少しでも長く二人きりで過ごしたいから、親兄弟にももう少しこのことは黙っていよう。」と言ったそうです。

しかし病気はどんどん進行し入院せざるを得ない状態になりました。この時点で初めて二人で夫の両親に肺癌のこと、あと半年持たないことを話したといえます。両親はびっくりして、何故もっと早く知らせてくれなかったのかとAさん責めました。

Aさんは謝りましたがこの頃から夫の両親との溝が深まっていったようです。そして夫の母親が病院に付き添うようになると、Aさんは強い阻害感を感じるようになりました。夫は自分たち夫婦を二人にして欲しいと何度も頼んだが、病気が進むに連れて夫の両親や兄弟がよく病院に来るようになり、Aさんはもうあまり時間がないことから、夫の家族と正面から対立するようになりました。夫のほうでも、出ない力を振り絞って「二人にしてくれ、俺達のことは放っておいてくれ」と母親に叫んだりするようになったそうです。

そしてAさんと夫の両親とは対立関係のまま、夫は息を引き取りました。幸い生命保険のお陰でAさんは経済的に困るようなことはありませんでしたが、夫の両親はAさんの中傷し、あげくの果てに生命保険の支払いを受けるに値しないから、自分たちに返せとまで言うようになったそうです。取り合わないでいると、訴訟すると脅し家までやって来るようになりました。全くの孤立状態で（Aさんの実の両親は離婚しており、結婚まで同居していた母親とは折り合いが悪かったようです。）とうとうAさんは神経が参ってしまいました。

Aさんが筆者のもとを訪れたときにはDSM-4分類でいえば全般性不安障害の状態でした。一日中不安感がつきまとい睡眠障害も顕著でした。

Aさんの問題の第一は罪責感でした。自分の夫に対する生活管理が悪くて夫は癌になってしまったのではないかという思いに捕らわれていました。そしてそれを吐き出す相手をAさんは持っていませんでした。行動科学の言葉でいえば社会的支援のネットワーク（Social support network）を持っていなかったわけです。全く孤立し、夫の居なくなったマンションに一日中ぼーっとしている状態が続く、食欲もなく体重が10キロ近く減って、さすがにこれではいけないと筆者の診療所を訪れたといえます。

筆者は当時父を亡くしてすぐの頃で、Aさんの罪責感に強く共感しました。そして理不尽な夫の両親の行動に対しては本気で腹が立ち、徹底的にAさんの肩を持ちました。筆者の怒りが強すぎてAさんの方が驚いたと後になってAさんが語っているくらいです。恐らく医者らしい冷静さを欠いていたのだらうと思います。しかし、筆者の医者らしくない、素人的な態度に励まされてAさんは自分の話をする事が出来たと後になって語ってくれました。

それから2年経過しました。Aさんは1年半かかってやっと社会復帰しました。医療事務の学校に通い、資格をとり今は耳鼻科医院で働いています。筆者の診療所には最近2ヶ月に一度くらいの割合でふらりとやってきます。そして取り留めもない話をしばらくすると帰っていきます。前回、Aさんがやってきたとき思い切って聞いてみました。「御主人の死をいまだどんな風に感じていますか？」と。するとAさんは「まだ彼の死を完全に受け入れることは出来ていません。ただ、私のこころのなかの箱に彼をしまっておくことが少し出来るようになりました。」と答えてくれました。

『こころの箱』と聞いて一瞬、分離機制（スプリティング）という専門用語が筆者の頭に浮かびましたが、すぐに『こころの箱』でいいじゃないかと思い直しました。解釈するのではなくて、聴くことの方が大切だと考えさせられた症例でした。

「家族の死をどう受容するか」というテーマはまだ筆者には答えが出そうもありません。そこで正直に自分の経験を書いてみました。また治療者として「家族の死」というストレスを持った患者さんに接したとき、専門家の鎧をはずして傾聴することが治療的効果をもつということを、父の死後数年間の経験で得られたように思います。

5. ナラティブセラピーとグリーフケア

自分にとって重要な他者と死別するという体験は大きな喪失感を伴います。喪失感

は悲嘆として表れてきます。英語ではこのような喪失にともなう悲嘆をグリーフ (grief) といいます。そしてグリーフは周囲の人間関係でケアされることが多いのです。しかし、時には治療が必要なレベルに至ることもあります。

死別体験者に対して治療的関与が必要だという考え方はそれほど古いものではありませんが死別体験者のうち10%から15%は喪失に引き続いて病的悲嘆に至ると考えられています (1979 Parkes & Weiss)。病的悲嘆というのはうつ病、心身症、恐怖症、強迫症、不安症に至るような強烈的な悲嘆反応をいいます。このような場合はなんらかの治療的介入が必要になることが多いようです。筆者は心療内科開業医として様々な病的悲嘆のケースと関わってきました。というより関わらざるを得ないケースが多かったのです。心療内科は主として心身症という身体疾患を扱いますがその原因は様々な社会心理的ストレスであることが多いのです。そのなかには家族など重要な他者との死別による病的悲嘆が原因となるものもあります。本人自らが治療を求めて来院するケースは希で、ほとんどが病的悲嘆を扱いかねた他の家族メンバーや友達に付き添われて来院するケースです。

治療は身体症状に対しては通常の内科と同様の薬物治療を行い、強い不安や抑うつには抗不安剤や抗うつ剤を用います。心療内科ではこのような薬物療法と平行して心理療法的な介入がなされることが多いようです。心理療法といっても開業心療内科の場合、本格的なものではなくあくまで心理療法的な介入に留まらざるを得ません。それでも筆者は大阪大学精神医学教室の心理療法研究班に属して見よう見まねで精神分析から行動療法、認知療法的なアプローチまで割合幅広くやってきましたが、最近は前述したナラティブ・セラピー的なアプローチを心がけるようになってきました。他の疾患でもそうですが死別による病的悲嘆は特に個人差の大きいストレス反応です。それぞれの患者さんでそれぞれの物語があります。

その個人的で主観的な物語に対して熱心な聞き手になって丁寧に聴いていくことが治療的であることが多いように思います。大事なポイントは聞き手である間は専門家にならないこと。素直に聴くこと。グリーフケアであってグリーフ・キュアではないことを肝に銘じておく必要があります。我々はともすれば専門家として何かアドバイスをしなければという焦りを感じてしまいます。筆者も何か気の利いた一言をかけねばと以前はよく焦りを感じました。しかし、こちらが気の利いたことを言えたと感じたときは大抵相手に通じていません。むしろ、何気なくこちらは忘れていた一言が良かったと後で当人から告げられることが多いのです。どうも一言は余計なのかもしれません。それより、熱心な聞き手となるほうがよいようです。しかし時には悲しみが

大きすぎて語れない場合もあります。そんなときは無理に語りを引き出しとしないで待つ必要があります。次にあげるケースはナラティブ・セラピーといえるのかさえ怪しいのですが治療者のほうが自分の苦悩を語ることで相手とラポールを持てた一例です。

6. 「家族の死」ナラティブ・セラピー — 症例B —

—交通事故で5才の息子を失った母親の場合—

夫に付き添われて筆者の診療所にやってきた32才のその女性（Bさん）はボンヤリとした様子で、目は焦点があってないように筆者には感じられました。

大学で臨床心理学を教えている知り合いの心理学者（A先生）から紹介の電話があったのは面会する2日前でした。非常に危うい状態なので薬の処方が必要とのことで、医師である筆者が関わることになりました。

A先生からの話によれば、2年前のある秋の日Bさんは家族でマツタケ狩りをおかねてキャンプに行くことになり早朝、車で出かけたとのことです。高速道路では濃い霧がかかっていたそうです。霧のため50キロ規制になっていて夫は慎重に運転していました。霧が晴れ始めたとき、突然うしろから120キロで疾走してきた大型トラックに衝突されました。車の右半分は飛び散ってしまいました。次男当時5才は即死でした。長男は全治3ヶ月、夫は軽傷、本人は1週間の怪我でした。追突した運転手が最初に言った言葉は「すいませんでした。寝てました」だったとのことです。それから2年経過しましたがBさんの悲しみは癒えるどころかますます強くなっていました。ほとんど1日中仏壇の前から離れないとのことです。眠るのも仏壇の前、三度々ご飯を供えます。ずっと亡くなった息子に話しかけているといいいます。

夫はついに精神科医のところへ連れて行きましたが「いい加減元気になりなさい」と言われたとのことで医者へいくのはもう懲り懲りだと思っています。それでもカウンセリングは続けることが出来ました。おそらく心理学者のA先生の関わり方が共感的で熱心だったからに違いありません。

このような経緯で来院されたので決して無理はしないでおこうと筆者は決めています。まず医師に対する不信があること、第二にA先生との間に良い関係が出来ているのでそれを損なわないように配慮する必要がありました。つまり筆者はA先生のサポート役という立場を保ちつつ薬物療法を進めねばならないという課題が課せられていたのです。Bさんは多くを語りませんでした。筆者も控えめに対応しました。ただ

薬物療法についての了解をとっておかねばならないので「Bさんの悲しみは薬で癒えることはないですが、眠れないことやイライラを和らげてくれる可能性はあります」と話しました。これに対してBさんは「私は楽になってはいけないのです。あの時キャンプに行きさえしなければ、私があの子を連れていったからあんなことになって…」

家族の死別のなかでも子供の死は親にとって特に罪責感と怒りが非常に強いことが報告されています（カリッシュ Kalish 1985）。そこで筆者は説得することを止めて自分のことを語り始めました。

「実は私も父を昨年亡くしたのですが、自分が医者なのに何故もっと早く父の癌を発見することが出来なかったのだろうという思いがずっと消えません。もっとよく見ていればよかったのに…」

ひとしきり筆者が自分の罪責感について話しました。これは全く本当のことで当時一種のうつ状態だったと思います。今でも罪責感は消えたわけではありません。するとBさんは「お医者さんでも私と同じなんですね…お医者さんからそんな心細い気持ちを聞いたのは初めてです。驚きました…先生のお薬を飲んでみようと思います」と言ってくれました。Bさんはその後時々来院しましたが自分のしんどさを話すより筆者の死別の苦悩や罪責感や怒りについて聞きたがりました。そして「いっしょですねえ…」とひとこと呟いて帰られるのでした。おそらくBさんは自分の語りはカウンセリングのA先生にしておられたんだと思います。このケースで筆者は何と聞き手ではなく語り手になってしまっていました。Bさんに促されて自分の語りをしていました。それでもBさんは筆者の処方した薬を飲んでくれました。残念ながらBさんのケースは治ったかどうか分かりません。数ヶ月して来院されなくなったからです。

ナラティブ・セラピーというのは特殊なトレーニングを受けた専門的な治療家だけが行う方法ではありません。むしろ治療者の姿勢が大切なのだと思います。我々は相手の話を聞く時ついつい相手の問題をどう解決してあげられるのかという観点から聞いてしまいがちです。相手の話を聞きながら、どんなアドバイスをしてあげたら良いのかを考えて、聞くことがうわの空になっていることがあります。家族の死を受容しきれないで苦しんでいる人々を支援するときも例外ではありません。彼らの語りに耳を傾けると彼らそれぞれの独自のユニークな物語が聞けるはずで、上手な聞き手の第一条件は相手の話を関心を持って聞くことです。「共感しなければ」とか「何かしてあげねば」という焦りはともすれば相手の焦りと共鳴して状態を悪くすることさえあります。

今回の筆者のケースは特殊なもので逆ナラティブ・セラピーとでも呼べるでしょうか。相手とラポールを結ぶとき自分の物語、それもうまくいかなかった物語を語ることが役に立った一例でした。治療者は本来、個人的なことを語らないというのが暗黙の了解だったようですがときに個人的経験を語ることもときには有効なのかもしれません。

〈参考文献〉

- 1) 『ナラティブ・セラピー社会構成主義の実践ー』 シーラ・マクナミー他, 1997, 金剛出版
- 2) 『ナラティブ・セラピーの世界』 小森康永他, 1999, 日本評論社
- 3) 『ナラティブ・セラピーの実践』 C・ホワイ特他, 2000, 金剛出版
- 4) 『ナラティブ・セラピーを読む』 小森康永, 1999, ヘルスワーク協会
- 5) 『精神疾患100の仮説』 石郷岡純編, 1998, 星和書店
- 6) 『精神・心理症状学ハンドブック』 北村俊則, 2000, 日本評論社